

Досвід лікування хворих із пухлинами панкреатодуоденальної зони

О. Б. Кутовий, А. В. Снісар, Д. В. Балик, В. І. Люлька, К. О. Денисова

Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова,
Дніпропетровська медична академія МОЗ України

Реферат

Проаналізований досвід лікування 452 пацієнтів з пухлинами гепатобіліарної зони. 369 хворим були виконані паліативні хірургічні втручання, 83 пацієнтам проведені радикальні операції. При наявності легкої або середнього ступеня важкості жовтяниці хірургічне втручання виконували одним етапом – 28 (6,2%) хворих. При тяжкій механічній жовтяниці – в 2 етапи: чресшкірно-чрезпечінкове дренивання виконано 357 (79,0%) пацієнтам, пункційна холецистостомія – 55 (12,2%). Серед радикальних операцій панкреатодуоденальна резекція була виконана у 82 (98,8%) випадках, тотальна панкреатектомія – в 1 (1,2%). Паліативні операції були представлені гепатикоеюностомією за Ру в 290 (64,1%) хворих, холедоходуоденоанастомозом – у 30 (6,6%). З метою оцінки віддалених результатів було сформовано 2 групи хворих. Проведений порівняльний аналіз 1,3,5 – річної тривалості життя при виконанні паліативних та радикальних хірургічних втручань, який свідчить про тенденцію до збільшення виживаності після радикальних оперативних втручань.

Ключові слова: пухлини панкреатодуоденальної зони, механічна жовтяниця, хірургічне лікування.

Abstract

The experience of treating 452 patients with tumors of the hepatobiliary zone has been analyzed. 369 patients underwent palliative surgery, 83 patients underwent radical surgery. If mild or moderate mechanical jaundice was present, surgical treatment has been performed in one stage – 28 (6.2%) patients. If severe mechanical jaundice was present operative treatment was performed in 2 stages: percutaneous transhepatic biliary drainage has been performed on 357 (79%) patients, percutaneous cholecystostomy – 55 (12.2%). Radical operations were presented by Whipple's procedure – performed in 82 (98.8%) cases, total pancreatectomy – in 1 (1.2%). Palliative surgeries were represented by Roux – en – Y hepaticojejunostomy – on 290 (64.1%) patients, choledochojejunostomy – on 30 (6.6%). 2 groups of patients were formed in order to evaluate the long – term results. Comparative analysis of 1,3,5 – year survival rate of patients who underwent palliative and radical surgeries demonstrates tendency to increase survival rate after Whipple's procedure in comparison to palliative surgical interventions.

Key words: tumors of the hepatobiliary zone, mechanical jaundice, surgical treatment

За даними багатьох авторів кількість хворих із новоутвореннями панкреатодуоденальної зони (ПЗ) невинно збільшується [1, 2, 7, 8]. Захворюваність на рак ПЗ за останні десятиліття зросла на 30% і становить 9,5 чоловіків і 7,6 жінок на 100000 населення [8]. Рак підшлункової залози займає по частоті 3 місце серед злоякісних пухлин шлунково – кишкового тракту [1, 7]. 90% хворих на пухлини ПЗ надходять у стаціонар з механічною жовтяницею і явищами печінково – ниркової недостатності [1]. У зв'язку з цим хірургічне лікування таких хворих у багатьох клініках проводять у два етапи [3, 4, 5]. Перший етап включає декомпресію жовчних шляхів з метою поліпшення функціонального стану печінки, та інших життєво важливих органів. На другому етапі виконують радикальні або паліативні операції. Незважаючи на удосконалення методів та технологій, які використовують при цьому, частота ранніх післяопераційних ускладнень залишається високою і сягає 15 – 60% [1, 6, 8]. Це потребує подальшого ретельного аналізу результатів діагностики та лікування пухлин ПЗ.

Мета роботи. Аналіз результатів лікування хворих із пухлинами панкреатодуоденальної зони.

Матеріали та методи

За період з 2005 по 2018 рік у клініці хірургії на базі Дніпропетровської обласної лікарні ім. І.І.Мечникова проліковано 452 пацієнти із пухлинами ПЗ. Серед них було 275 (56,9%) чоловіків і 177 (43,1%) жінок. Середній

вік жінок склав $65,2 \pm 3,2$ років, чоловіків – $60,5 \pm 4,3$ років. Виявлена наступна локалізація пухлинного процесу: голівка підшлункової залози – у 285 (63,0%), великий дуоденальний сосочок – у 65 (14,4%), ворота печінки – у 73 (16,2%), загальний жовчний проток – 25 (5,5%), жовчний міхур – у 4 (0,9%). 369 хворим були виконані паліативні хірургічні втручання, 83 пацієнтам проведені радикальні операції.

До діагностичної програми, окрім стандартних клінічного та лабораторного обстеження, входили: ультразвукове дослідження черевної порожнини, спіральна комп'ютерна томографія, фіброгастродуоденоскопія, магнітно – резонансна холангіографія, визначення рівня онкомаркерів СА – 19,9, СА – 242, РЕА. Для визначення ступеню тяжкості жовтяниці використовували класифікацію В. А. Вишневського (2003 р.).

При наявності легкої або середнього ступеня важкості жовтяниці хірургічне втручання виконували одним етапом. Таким чином були проліковані 28 (6,2%) хворих. В разі виявлення тяжкої механічної жовтяниці був реалізований двохетапний підхід. З початку проводили декомпресію жовчних шляхів, використовуючи в 357 (79,0%) чресшкірно – чрезпечінкове дренивання випадках та в 55 (12,2%) пункційну холецистостомію. Усі втручання виконували під УЗ контролем. Для зовнішнього дренивання використовували дренажі типу "Pigtail" фірм Каммед, Balton та Rush. У 30 (8,2%) хворих у зв'язку із розповсюдженістю пухлинного процесу та тяжкістю загаль-

ного стану, перший етап лікування виявився заключним. У 4 (0,1%) пацієнтів можливостей для декомпресії жовчних шляхів не було, їм виконали паліативні хірургічні втручання, не зважаючи на важкість механічної жовтяниці. У 12 (2,6%) хворих механічна жовтяниця була відсутня, вони були прооперовані радикально.

Після зовнішнього дренивання жовчних шляхів хворим повертали жовч до шлунково-кишкового тракту та проводили гепатотропну терапію. Інверсію жовчі починали з третьої – четвертої доби після дренивання. Жовч до шлунково-кишкового тракту повертали перорально, при цьому для захисту слизової шлунку та стравоходу призначали обволікаючі та антисекреторні препарати. Для нейтралізації гірких властивостей жовчі розводили напоями, які містять лимонну кислоту. Це виключало появу печії та нудоти. Таким чином повертали близько 40% добової кількості жовчі. Прийом жовчі виконували через 10 хвилин після їди. У випадках, коли хворі не могли чи не хотіли пити жовч, її повернення здійснювали за допомогою зонду, який під контролем фіброгастродуоденоскопії заводили за дуоденоєюнальний вигин. Критерієм можливості виконання остаточних хірургічних втручань був рівень білірубінемії нижче ніж 50 мкмоль/л. Проміжок часу між першим та другим етапами лікування складав $29 \pm 9,4$ діб.

Серед радикальних операцій панкреатодуоденальна резекція (ПДР) була виконана у 82 (98,8%) випадках, тотальна панкреатектомія – в 1 (1,2%). У якості паліативних операцій були гепатикоеюностомія за Ру у 290 (64,1%) хворих, холедоходуоденоанастомоз у 30 (6,6%). З метою оцінки віддалених результатів було сформовано 2 групи хворих, порівняні за віком, ступенем поширеності пухлинного процесу, характеру супутньої патології.

Результати та їх обговорення

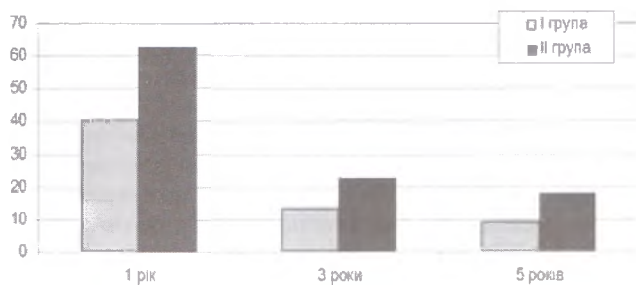
Паліативні хірургічні втручання не були пов'язані зі значними технічними труднощами. Серед ускладнень зовнішнього дренивання жовчних протоків дислокація дренажа спостерігалась у 10 (2,7%) хворих, внутрішньочеревна кровотеча – у 2 (0,5%). При дрениванні жовчного міхура в 15 (4,07%) випадках холецистостомія не забезпечила адекватного відтоку жовчі, через функціональну недостатність міхурового протоку. Це потребувало додаткової пункції та дренивання холедоха. Серед ускладнень інших паліативних оперативних втручань спостерігали: неспроможність гепатикоеюноанастомозу – у 5 (1,4%) хворих; холангіт в пізньому післяоперацій-

ному періоді – у 7 (1,9%). В стаціонарі на тлі поліорганної недостатності загинуло 2 людини, післяопераційна летальність склала – 0,5%.

Серед радикальних операцій 62 (74,7%) хворим панкреатодуоденальна резекція була виконана другим етапом лікування, 21 (25,3%) хворому – першим. В гістологічній структурі захворювань радикально прооперованих пацієнтів, аденокарцинома голівки підшлункової залози склала – 62 (74,6%), псевдотуморозний панкреатит – 10 (12,0%), аденома підшлункової залози – 3 (3,6%), скірозний рак – 3 (3,6%), нейроендокринні пухлини – 2 (2,4%), гастроінтестинальна пухлина – 1 (1,2%), ацинарний паренхиматозний рак – 1 (1,2%), протоковий рак – 1 (1,2%). При цьому в 74 (89,1%) випадках пухлина виходила з голівки підшлункової залози, в 5 (6,0%) – з великого дуоденального сосочку, в 4 (4,8%) – з холедоха. Видалення органокмлексу виконували стандартним шляхом у 46 (55,4%) пацієнтів, з урахуванням “no touch” технології – у 37 (44,6%). Пілорозберігаюча ПДР виконана в 10 (12,0%) випадках. Гастроентероанастомоз накладали позаду ободової кишки у 25 (30,1%) хворих. Відновний етап ПДР виконували за способом Whipple. Вибір метода панкреатоеюноанастомоза залежав від розмірів перешийка та тіла підшлункової залози, діаметру Вірсунгова протоку. При діаметрі останнього більше 3 мм формували вірсунгоєюноанастомоз з використанням прецизійної техніки “duct-to-mucosa” – 16 (19%) випадків, при відповідності діаметру підшлункової залози до діаметру тонкої кишки виконували панкреатоеюноанастомоз «кінець – в – кінець» в 55 (66,2%) випадків, в тому числі у 27 хворих – в оригінальній модифікації. При діаметрі підшлункової залози більшим за діаметр тонкої кишки у 12 (14%) хворих анастомоз накладали за типом «кінець – в – бок». У 53 (63,9%) хворих паренхіма підшлункової залози була твердою, у 30 (36,1%) – м'якою. Щільність паренхіми під час накладання анастомозу до уваги не приймали. Видалення проростаючих пухлин голівки підшлункової залози в верхню брижову вену у 4 хворих і верхню брижову артерію у 1 викликало необхідність реконструкції вказаних судин. У 3 хворих цілісність венозної стінки відновили за рахунок власних тканин, в одному випадку виконано алопротезування брижової артерії і в одному – верхньої брижової вени. В одного хворого проростання пухлини в тіло підшлункової залози викликало необхідність виконання тотальної панкреатектомії.

Серед ранніх післяопераційних ускладнень у радикально прооперованих пацієнтів спостерігали: неспроможність панкреатоеюноанастомоза у 14 (3,1%) випадках, гастростаз 6 (1,3%), неспроможність гепатикоеюноанастомоза 4 (0,9%), шлунково-кишкові кровотечі – 3 (0,7%), некроз кульги підшлункової залози 3 (0,7%), тромбоз артеріального алопротеза 1 (0,2%), кровотеча у черевну порожнину 1 (0,2%), гостра рання спайкова непрохідність 1 (0,2%). Пізні ускладнення представлені післяопераційними вентральними кілами 18 (4,0%), виразковою хворобою гастроентероанастомоза 1 (0,2%). Усього померло 7 хворих, післяопераційна летальність склала 8,4%.

Проведений порівняльний аналіз 5 річної тривалості життя при виконанні паліативних та радикальних хірур-



Вживаність хворих, що перенесли паліативні (I група) та радикальні (II група) операції у різні строки післяопераційного періоду

гічних втручань за критерієм Каплана – Меєра показав наявність суттєвих розбіжностей серед хворих різних груп (див. рисунок).

Так, виживаність пацієнтів першої групи протягом одного року склало 40%, у другій групі – 62,5% ($p > 0,05$); протягом трьох років – 13,3% та 22,7% ($p > 0,05$); протягом п'яти років – 9,1% та 17,8% ($p > 0,05$). Медіана виживаності – 10,5 місяців у пацієнтів першої групи та – 13 місяців у пацієнтів другої групи.

Висновки

Таким чином, аналіз тривалості життя хворих, що перенесли панкреатодуоденальну резекцію в порівнянні з хворими, яким були виконані паліативні операції при новоутвореннях підшлункової залози та зовнішньо – печінкових жовчних протоків, виявив наявність тенденції до збільшення виживаності на протязі першого року після операції на 22,5%, через 3 роки – на 9,4%; через 5 років – на 8,7% та збільшення медіани виживаності на 2,5 міс.

Література

1. Кубышкин В.А. Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы // Медпрактика – М Москва 2003.
2. Барванян Г.М. Способ формирования панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции/ Г.М. Барванян// Хирургия. – 2014. – № 8. – С. 28–31.
3. Велигоцкий Н.Н. Предварительная билиарная декомпрессия при оперативном лечении опухолей панкреатодуоденальной зоны/ Н.Н. Велигоцкий, С.Э.Арутюнов, Ю.В.Авдосьев [и др.]// Харьковська хірургічна школа. – 2014. – № 4(67). С. 12–17.
4. Гнатюк М.Г. Власний досвід виконання панкреатодуоденальної резекції з приводу злоякісного новоутворення голівки підшлункової залози/ М.Г. Гнатюк, Ю.П.Петрук, М.В.Лянськорунський [та співав.]// Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – Т. 14, № 1. С.74 – 78.
5. Запороженко Б.С. Выбор метода наложения панкреатодигестивного анастомоза при панкреатодуоденальных резекциях/Б.С. Запороженко, В.Н.Качанов, О.Б.Зубков [и др.]// Шпитальна хірургія. – 2013. – № 1. С. 103 – 106.
6. Щепотин И.Б. Модификация реконструктивного этапа при панкреатодуоденальной резекции – методика физиологической реконструкции /И.Б.Щепотин, А.В.Лукашенко, Е.А.Колесник [и др.]// Клиническая онкология. – 2011. – №1. – С.30–34.
7. Hirota M. Pancreatoduodenectomy using a no –touch isolation technique /M. Hirota, K. Kanemitsu, H. Takamori [et al.]//Am. J. Surg. – 2010. – Vol. 199. – P.65–68.
8. Mann C.D. A review of factors predisting perioperative death and early outcome in hepatohfncreaticobiliary cancer surgery/ C.D. Mann, T. Palser, C.D.Brigs [et al]// HPB – 2010. – №12. – P.380–388.